

Efectividad en el tratamiento cognitivo-conductista en el TDAH

Autor: Belmonte Santiago, Patricia (Maestra. Especialidad en Educación Infantil, Maestra en Educación Infantil).

Público: Maestros de educación infantil. **Materia:** Psicología y ciencias de la educación. **Idioma:** Español.

Título: Efectividad en el tratamiento cognitivo-conductista en el TDAH.

Resumen

Se diseñó un programa de intervención llevado a cabo en 11 sesiones (tres meses). En los últimos años el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) se ha incrementado considerablemente entre la población escolar. Es un trastorno con una alta comorbilidad (40%) con otros problemas de conducta y/o emocionales, siendo el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta disocial (TC) los más frecuentes. El objetivo del presente estudio ha sido comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual que se realiza con Aroa, centrándonos en las conductas disruptivas y de desobediencia en el contexto escolar,

Palabras clave: déficit de atención con hiperactividad, conducta disruptiva, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, tratamiento cognitivo-conductual.

Title: Effectiveness of cognitive-behavioral treatment in ADHD.

Abstract

An intervention programme was designed in 11 sessions (three months). In the last years the Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD) has increased considerably amongst the school population. It is a disorder that has a high comorbidity (40%) with other behavioural and/or emotional problems, with Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Antisocial Personality Disorder (ASPD) being the most frequent. The aim of the present study was to test the effectiveness of Aroa's cognitive-behavioural therapy, focusing on disruptive behaviour and disobedience. The intervention has focused on the school context

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, disruptive behaviour, oppositional defiant disorder, antisocial personality disorder, cognitive-behavioural treatment.

Recibido 2019-01-24; Aceptado 2019-01-31; Publicado 2019-02-25; Código PD: 104180

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) se caracteriza como un trastorno del desarrollo del autocontrol, constituido por dificultades en el intervalo de atención, control de los impulsos y exceso de actividad motora (Barkley, 1997). Este trastorno ocasiona dificultades para mantener la atención y autorregular la conducta, influyendo significativamente en la adaptación de los niños al entorno escolar, así como al contexto sociofamiliar (APA, 1995).

Existen tres características que se consideran básicas en el TDAH. Éstas son el déficit de atención, considerado como una falta de atención o atención dispersa por parte del niño, la hiperactividad considerada como un movimiento excesivo o continuo y la impulsividad, considerada como una dificultad en el control de los impulsos. Estas características son comunes a la hora de la clasificación del tipo de TDAH, además de otras como que las conductas se mantengan a lo largo del tiempo y que se produzca un desajuste en al menos dos contextos diferentes (Hidalgo, 2007).

Los niños con TDAH tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones sociales como consecuencia de los síntomas propios del trastorno. Aunque es cierto que los síntomas de este trastorno, varían con la edad (APA, 1995) caracterizando a los más pequeños con una elevada actividad motora difícil de controlar, entre un 50% y un 80% de niños con TDAH manifiesta síntomas asociados a este trastorno durante la adolescencia (Servera-Barceló, 2005). Además, existe una diferencia en la prevalencia entre el género, observándose una mayor incidencia en los niños que en las niñas, con una ratio que va de 9.1 en poblaciones clínicas, a 4.1 en poblaciones normales (Cardo & Severa-Barceló, 2005).

Tanta es la importancia y el efecto que tiene el TDAH en los niños que está contemplado legislativamente. Concretamente en España, la ley que regula la educación en la etapa que nos ocupa, educación primaria, es la Ley

Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). Esta ley introduce modificaciones de algunos apartados de la Ley Orgánica 2/2006 (LOE) también en vigor. Específicamente, modifica el artículo 71 de la LOE que hace referencia a los recursos dejando patente que:

“Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH [...] puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado. (p. 97896).

Igualmente, en el ámbito de la Comunidad Valenciana encontramos el Decreto 108/2014, de 4 de julio, del Consell, por el que establece el currículo y desarrolla la ordenación general de la educación primaria en la Comunitat Valenciana, donde dedica todo el capítulo V a la atención a la diversidad.

El TDAH es un trastorno con una alta comorbilidad (40%), con otros problemas de conducta y/o emocionales, siendo el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta disocial (TC) los más frecuentes (Macià, 2012). Las causas de este trastorno son aún desconocidas en su totalidad debido a la gran cantidad de factores que influyen sobre las alteraciones de comportamiento observadas en los niños con TDAH (Romero-Ramírez, 2007).

El TDAH se ha convertido en un problema de salud pública a causa de su elevada prevalencia, que se estima sobre el 5% en los niños y el 2,5% en adultos (DSM-V, 2013). Por ello, en las últimas décadas se ha mostrado un creciente interés por encontrar un tratamiento que sea eficaz contra los síntomas de este trastorno, dando lugar a la aparición de diversos enfoques de intervención. Entre los enfoques más comunes encontramos el enfoque médico, administrando psicoestimulantes a los niños con TDAH. Este tratamiento es el más frecuente, pues su utilidad ha sido comprobada en estudios comparativos (Miranda, Mulas, Pastor & Rosselló, 1996; Jarque, Mulas & Roselló, 2001) y se ha determinado que la eficacia de este tratamiento es superior al placebo (Hinshaw, 1992), y que entre el 70% y el 80% de los niños tratados con psicoestimulantes responde de manera positiva al tratamiento (Carison, Pliszka & Swanson, 1999). A pesar de los buenos resultados, existe la posibilidad de que aparezcan efectos secundarios, esto, unido al rechazo por parte de algunos profesionales y familiares, ha derivado en la necesidad de probar otros enfoques (Cornell-Swanson, Frankenberger, Pahl, Stroh & Wood 2008).

Los estudios centrados en el enfoque psicoeducativo también han dado buenos resultados (Arco, Fernández, & Hinojo, 2004; Jarque, Miranda & Tárrega, 2007). Dentro de este enfoque podemos diferenciar tres tratamientos o líneas de trabajo, comenzando por el enfoque cognitivo, cuyo objetivo es enseñar a los niños técnicas de autocontrol y resolución de problemas (Goodman & Meichembaum, 1971). El enfoque conductual, cuyo objetivo es formar a los padres y maestros proporcionando conocimientos y herramientas basadas en el condicionamiento operante, para así intentar mejorar las conductas de sus hijos, tanto en casa como en la escuela (Hetchman & Weiss, 1992). Y, como resultado de los dos anteriores se llevan a cabo intervenciones donde los dos tratamientos se combinan, dando lugar al tratamiento cognitivo-conductual (Calderón, 2001).

El enfoque cognitivo-conductual combina los objetivos y técnicas de los dos enfoques anteriores (Calderón, 2001). Algunos de los objetivos que se pretenden lograr con esta intervención son fomentar la práctica de actividades que favorezcan la reducción de los déficits de atención y los problemas de aprendizaje característicos de los niños con TDAH, así como cuidar la movilidad excesiva y la impulsividad (Moreno, 2001). Este enfoque incluye trabajar sobre componentes como memoria, planeación, autoinstrucciones verbales, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de resolución de problemas y modelado cognitivo (Elías & Estañol, 2006).

De acuerdo con Barkley (2002) el tratamiento cognitivo-conductual implica enseñar a los niños estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas, además de auto-monitoreo y auto-refuerzo donde los niños deben comprender la tarea, planificar una estrategia para aproximarse al problema, enfocar la atención en la tarea, seleccionar una respuesta o posible solución y evaluar el desempeño. Este tratamiento ha demostrado, en niños con TDAH, una mayor eficacia que el resto de tratamientos, y destaca porque está centrado tanto en el niño, como en su entorno más cercano (familia y escuela). En él se emplean programas de preparación para padres y profesores, con técnicas de refuerzo y/o extinción, economía de fichas, etc.; así como técnicas cognitivo-conductuales con el propio niño, como la resolución de problemas, autocontrol, etc. (Del Corral, 2003).

El propósito del presente estudio ha sido determinar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual que se lleva a cabo con una niña diagnosticada desde hace dos años con TDAH de tipo combinado asociado a un Trastorno del Espectro

Autista (TEA). Los trastornos del espectro autista (TEA), también conocidos como trastornos generalizados del desarrollo (TGD), son problemas neuropsiquiátricos cuyas primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y persisten por toda la vida. Se caracterizan por problemas en las áreas cognitiva, social y de comunicación, acompañados de conductas estereotipadas (García-Maldonado, 2004).

El tratamiento propuesto desde el gabinete psicopedagógico es el cognitivo-conductual, intentando realizar modificaciones de conducta a menudo. Pero dado que la niña no presenta ninguna mejora perceptible desde mi llegada al centro, se me plantea la duda de si el tratamiento es el adecuado. Por ello, el objetivo general del trabajo es comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual que se realiza con Aroa (nombre ficticio) y que se lleva a cabo en el aula a la que asiste, centrándonos en las conductas disruptivas y de desobediencia, por ser las que más afectan al adecuado desarrollo del aula.

Como objetivos más específicos se plantean:

- Adquirir información sobre el TDAH y en TEA (concepto, características, etiología, pronóstico y tratamiento)
- Establecer normas de conducta concretas en el aula para mejorar el clima.
- Aprender estrategias de autorregulación y con el grupo de clase.
- Adquirir pautas y estrategias educativas para eliminar o reducir las conductas disruptivas en clase.
- Comprobar la capacidad de respuesta del docente que atiende a la niña.
- Proporcionar estrategias o recursos para mejorar la estancia de la niña en la escuela.
- Determinar la eficacia del tratamiento respecto al control de la conducta y la atención.

De acuerdo con los objetivos planteados, la hipótesis principal y que guiará el trabajo es demostrar que a través de una correcta intervención cognitivo-conductual exclusivamente centrada en el entorno escolar, se pueden reducir las conductas disruptivas que presenta Aroa.

MÉTODO

La intervención que se va a llevar a cabo está basada en el enfoque cognitivo-conductual, centrado en el ámbito escolar, lo cual implica a los docentes en procedimientos como el control de contingencias, economía de fichas, coste de respuesta y tiempo fuera (Gargallo, Miranda, Presentación & Soriano, 2000). Para la aplicación de este enfoque hemos de tener en cuenta una serie de aspectos como 1) implicar a los compañeros de clase para que sean modelos/colaboradores en el aprendizaje de habilidades, 2) utilizar verbalizaciones externalizadas y específicas que den lugar a las internalizadas y más generales, 3) analizar los pasos de la tarea que se va a realizar y de la respuesta que se pretende conseguir, 4) el modelado y la repetición de estrategias son las técnicas utilizadas para adquirir las nuevas habilidades, 5) predomina el aprendizaje de estrategias metacognitivas y ejecutivas y, 6) es necesario y fundamental realizar un seguimiento para evaluar posibles recaídas (Orjales, 2007).

Por todo ello, la metodología empleada se centra en realizar una intervención en el contexto escolar, combinando la preparación y conocimiento del docente que está con la niña, con el de la propia niña, y del grupo-clase; para ello se realizan entrevistas previas a la tutora y a la psicopedagoga del centro, las cuales ayudan a recabar toda la información relevante; también se llevan a cabo registros de observación durante todo el estudio para su posterior análisis.

Participantes

En el estudio participan todos los alumnos de la clase de 1ºB de un colegio público ubicado en Orihuela (Alicante), que actuarán como modelos/colaboradores. Concretamente, la clase está formada por 20 alumnos, 13 niños y 7 niñas de entre 6 y 7 años. En general, el clima del aula es bueno, exceptuando los momentos en los que Aroa está más activa, que suele ser por la mañana, con un periodo de descanso tras la comida, tras el cual su activación aumenta.

Aroa es una niña de 7 años, que cursa primero de educación primaria en un colegio público de Orihuela (Alicante). Es la hija única de un matrimonio con un nivel sociocultural y económico medio-alto. Tanto el embarazo de la madre como el parto transcurrieron sin percances. Sin embargo, cuando Aroa comenzó a ir a la escuela infantil con 3 años, se dieron cuenta de que no seguía el mismo desarrollo que sus compañeros y estaba más activa y durante más tiempo que ellos. El pediatra derivó a Aroa a un centro de atención temprana para iniciar una evaluación más exhaustiva y poder plantear la

intervención. A los 4 años se le diagnosticó un TDAH de tipo combinado asociado a un TEA muy leve. El TEA de Aroa destaca algunos rasgos como la hipersensibilidad, la hiperselectividad alimentaria y el aislamiento.

Hemos de destacar que Aroa ha tenido diferentes compañeros de mesa, a los que se ha tenido que reubicar debido a la imposibilidad de seguir el ritmo de la clase. Ahora se encuentra ubicada sola, en un pupitre frente a la mesa de la docente y la pizarra, lejos de la puerta y ventanas.

El docente también participa en el estudio de forma activa, recogiendo información y respondiendo a los cuestionarios planteados. Es una maestra de 57 años, cuya formación es muy limitada desde hace 10 años, no habiendo realizado cursos ni asistido a seminarios. La situación a los ojos de Loli (nombre ficticio), la docente, es muy grave puesto que cuenta con las herramientas que le ha proporcionado el gabinete psicopedagógico, las cuales es posible que haya que modificar o aprender a aplicar de forma correcta.

Cabe aclarar que contamos con el consentimiento de los padres de Aroa, así como de los padres del resto de compañeros de clase, para llevar a cabo la intervención. Además, el centro y la tutora respaldan el proyecto debido a la trascendencia educativa del mismo.

Instrumentos

Las entrevistas se diseñan pensando en obtener el máximo de información relevante, razón por la cual se comienza con una entrevista a la tutora de la niña, con el objetivo de concretar y delimitar la clase de conductas que ésta entiende que son un problema en el aula. En esta entrevista se realizarán una serie de preguntas a la tutora, las cuales se pueden consultar en el Anexo 1.

Al finalizar la entrevista se le entrega un cuestionario (ANEXO 2) que consta de los 18 síntomas de las tres dimensiones del criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de TDAH (APA, 1995). Para responder se debe decidir entre las cuatro opciones dadas (N: nunca; AV: algunas veces; F: frecuentemente; S: siempre), asignando un valor numérico a cada una de ellas siendo N igual a 0 y S igual a 3. Por lo que la puntuación mínima para la escala total es 0, y la máxima, 54.

Finalmente, se hace entrega de un registro de observación (TABLA 1) que la maestra debe completar y, cuya finalidad principal es poder establecer un punto de partida, es decir, una línea base.

TABLA 1. Registro de observación docente

Día	Hora	Lugar	Conducta	¿Qué ha pasado antes de la conducta?	Duración de la conducta	¿Cómo actúa el docente?	¿Qué ha pasado después de la conducta?

Fuente: elaboración propia

Además de rellenar el registro de observación de manera diaria mientras dure el estudio, entregaremos a la maestra un cuestionario que debe rellenar, el *Cuestionario de Situaciones Escolares* (Barkley, 1998), que aporta información sobre aquellas situaciones donde los déficits atencionales de la niña causan más problemas, así como las respuestas de la maestra ante dichas situaciones y conductas.

Se entrega también a la docente el BASC (BASC, Kamphaus & Reynolds, 2004), que consiste en una prueba de evaluación de la conducta en niños y adolescentes. Éste ha demostrado tener suficiente fiabilidad y validez para proporcionar una información completa, relacionada con los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995). La escala BASC es multidimensional, pues mide diversos aspectos de la conducta y de la personalidad, incluyendo dimensiones positivas (adaptativas) y negativas (clínicas). La escala se diseñó para facilitar el diagnóstico de la clasificación pedagógica de una diversidad de trastornos emocionales y de conducta, así como para ayudar en el diseño de planes de intervención. Esta

escala permite evaluar problemas de comportamiento y trastornos emocionales, además de identificar cualidades positivas que pueden acumularse durante el proceso (Jiménez, Kamphaus, Mora, Palacio, Pineda & Puerta, 1999).

Realizaremos también una entrevista con la psicopedagoga del centro para obtener el máximo de información sobre Aroa a nivel de datos biográficos, tanto de ella como de su familia, historia evolutiva, antecedentes personales, el diagnóstico del TDAH y el tratamiento llevado a cabo hasta el momento.

Finalmente, y una vez realizadas las entrevistas previas, se observará a la niña en el entorno escolar (clase, patio y comedor), así como el comportamiento, actitud y actuaciones de la maestra ante las situaciones ya comentadas.

Procedimiento

En primer lugar se realiza una búsqueda de información teórica para identificar los fundamentos del enfoque cognitivo-conductual. Seguidamente se establece contacto con el centro, así como con la familia de Aroa y la tutora de clase, para pedirles su aprobación y poder realizar la investigación. Una vez obtenidos los permisos se procede a la búsqueda de instrumentos y cuestionarios que se adapten los objetivos que se persiguen, para poder ser completados por la tutora y establecer la línea base. Tras esto, comienza el análisis de la información obtenida de acuerdo a los cuestionarios y se inicia el diseño para la intervención. Finalmente, se analizan los resultados tras la actuación extrayendo las conclusiones pertinentes.

Fase 1. Recopilación de información.

Se realizan entrevistas con la tutora y la psicopedagoga del centro. A la tutora se le entrega un registro de observación que debe cumplimentar, así como el cuestionario de Situaciones Escolares (Barkley, 1998), el Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC, Kamphaus & Reynolds, 2004) y el cuestionario basado en los ítems que establece el DSM-IV para el TDAH (APA, 1995).

Fase 2. Análisis de la situación.

Una vez realizadas las entrevistas y los registros de observación, se procede al análisis de los mismos, observándose un aumento de las conductas disruptivas durante las dos primeras horas (lengua y matemáticas) descendiendo el nivel durante la tercera hora (naturales) y aumentando durante el patio, la siguiente hora y la hora del comedor.

Por la tarde, existen periodos de calma alternados con periodos de conductas agresivas y movimiento en exceso. Las conductas que predominan generalmente son los gritos, agresiones físicas, desobediencia y amenazas (TABLA 2, ANEXO 3). En base a esto, se diseña un programa de intervención, cuya finalidad será dotar al docente de las estrategias, recursos e información necesaria que le permita reducir estas conductas en el centro escolar.

Fase 3. Diseño del programa.

La intervención se diseña para ser llevada a cabo en 11 sesiones, que se realizan durante un periodo de tres meses, de noviembre a enero. Cuatro de las sesiones se realizan con la niña, cinco con la maestra y dos con el grupo de clase. Las sesiones se llevan a cabo una vez a la semana, concretamente los lunes por la mañana, y cada sesión tiene una duración aproximada de 50/60 minutos (ANEXO 4). Las sesiones con la maestra (cinco sesiones) se realizan antes de la jornada escolar y las sesiones con Aroa (cuatro sesiones) a primera hora de la mañana, alternando las sesiones cada semana. Las sesiones con el grupo-clase se realizan en las dos últimas semanas de la intervención.

Descripción del programa de intervención

Sesiones con el tutor

Sesión 1- Damos información al docente sobre el concepto, características y cómo aprenden los niños con TDAH y TEA.

Sesión 2- Proporcionamos herramientas y estrategias educativas para el correcto funcionamiento del aula, destacando el uso de estrategias para fomentar y mantener la atención de Aroa el máximo tiempo posible y planificación de tareas (ANEXO 5).

Sesión 3- Esta sesión se centra en dar al docente una serie de estrategias que permitan la modificación de conducta. De acuerdo con las conductas que realiza Aroa, se considera que las mejores técnicas son el refuerzo positivo, para fortalecer las conductas adecuadas ya existentes, la extinción y el tiempo fuera para reducir la frecuencia y/o eliminar las conductas que queremos que Aroa cambie (ANEXO 6).

Sesión 4- Se enseña al docente cómo trabajar la economía de fichas, explicándole cómo funcionan. Para ello, se definen las conductas a reforzar, se establecen los criterios que se llevarán a cabo para poder dar el refuerzo y se acuerdan los reforzadores.

Sesión 5- Esta última sesión se centra en valorar los cambios que se han logrado durante el tiempo que lleva la intervención, en repasar las técnicas y estrategias que se están poniendo en práctica y adaptarlas si fuese necesario.

Sesiones con Aroa

Sesión 1- La primera sesión se centra en intentar que Aroa sea consciente del problema y de lo que causa su comportamiento para los compañeros y el clima de clase.

Sesión 2- Entrenamiento del autocontrol, potenciando un comportamiento adecuado y mejorando la relación de Aroa con los demás, así como evitar la fatiga y fomentar su capacidad de atención, y evitar la necesidad continua de movimiento. Concretamente nos centramos en la técnica del semáforo, ayudándola a reflexionar sobre situaciones que le producen malestar y reconocer los sentimientos que las provocan para poder controlarlas, y buscar alternativas a esas conductas (ANEXO 7).

Sesión 3- Entrenamiento de autoinstrucciones para enseñar a Aroa una rápida y eficaz forma de actuar, para lograr el éxito en una determinada conducta, ante la que está teniendo problemas o le resulta muy difícil o incluso imposible de realizar (ANEXO 8).

Sesión 4- La última sesión está centrada en enseñar a la niña a trabajar con economía de fichas, explicándole de forma detallada las conductas que se van a reforzar y los refuerzos que se van a obtener si las consigue.

Sesiones con el grupo-clase

Sesión 1- Esta sesión tiene como objetivo hacer consciente a todo el grupo de lo que es el TDAH que afecta a Aroa, comprendiendo porqué actúa de determinada manera. Para ello, se utiliza el vídeo "*Pablito, un niño con TDAH*". Tras el visionado de vídeo se realiza un debate donde los compañeros pueden realizar preguntas para resolver las dudas que tengan al respecto.

Sesión 2- La última sesión pretende mejorar el clima en el aula, a través del juego del buen comportamiento (De la Barra, Fernández, Pérez & Rodríguez, 2005). Este juego, además de reducir conductas disruptivas, pretende promover una convivencia basada en el respeto. Lo que se presenta es una adaptación que busca reforzar el espíritu de equipo y lograr que trabajen de manera cooperativa.

Como define Skinner (1953), el refuerzo positivo puede ser un elemento potenciador en la modificación de la conducta. Por tanto, para esta estrategia se utiliza un método basado en la evidencia, capaz de fortalecer las conductas positivas de los estudiantes por medio del refuerzo positivo (ANEXO 9).

Tras la intervención, se volverán a rellenar, por parte del docente, el *Cuestionario de Situaciones Escolares* (Barkley, 1998) y la prueba de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC, Kamphaus & Reynolds, 2004) para analizar si la intervención diseñada ha mejorado las conductas disruptivas de Aroa, demostrando así si el tratamiento cognitivo-conductual que se desarrolla en las aulas es realmente efectivo.

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos tras la intervención diseñada. Para ello, se lleva a cabo una comparativa de los cuestionarios proporcionados al docente antes de la intervención y tras ésta, de modo que permita contrastar los datos.

En el primer cuestionario, basado en los ítems que establece el DSM-IV para el TDAH (APA, 1995), se corrobora el diagnóstico de Aroa, comprobando con los resultados obtenidos que la niña presenta TDAH de tipo combinado (ANEXO 10).

En el siguiente cuestionario, el de situaciones escolares, se observa que en el pre-test, de las doce situaciones escolares que se muestran en la escala, la maestra destaca siete de ellas, estableciendo una puntuación media de severidad de 5,2. Esta puntuación es significativamente superior a la media, que se encuentra en 1,5. Sin embargo, una vez realizada la intervención con Aroa, se observa que la puntuación media de severidad se ha reducido en 1,4 puntos, produciéndose así un descenso en el nivel de intensidad de las conductas, que aunque aún es superior a la media, se sitúa en 3,8 (ANEXO 11).

En cuanto a la escala BASC (Kamphaus & Reynolds, 2004), tras analizar los resultados de antes y después de la intervención, se aprecia, tanto en las escalas clínicas como en las adaptativas, una destacable mejora. Los resultados han sido calculados a través del programa que la escala facilita e introducidos por una psicóloga infantil, sin cuya colaboración hubiera sido imposible el adecuado análisis de los mismos.

La escala clínica mide conductas desadaptativas, por lo que altas puntuaciones en esta escala representan características negativas o no deseables; mientras que la escala adaptativa agrupa

los comportamientos catalogados como positivos o deseables, en los niños y en los adolescentes, evaluando la capacidad de adaptación del sujeto o las habilidades sociales que muestran y, destacando que cuanto menor es la puntuación, mayor es el riesgo que presenta de que los comportamientos sean negativos y afecten al sujeto. En ambas escalas la media de normalidad se encuentra entre 41 y 59. En la escala clínica la categoría “en riesgo” corresponde a puntuaciones que van desde 60 a 69, mientras que en la escala adaptativa esta categoría va de 31 a 40.

De acuerdo con el BASC, el término “en riesgo” no es lo suficientemente severo como para realizar un diagnóstico formal, sin embargo evidencia que hay un problema potencial o en desarrollo, que es necesario vigilar cuidadosamente. En el caso de Aroa, se ha tenido en cuenta este término a la hora del diseño de la intervención, considerando que las categorías asociadas a él afectaban al correcto desarrollo de la niña. Las puntuaciones en la categoría “clínicamente significativo” denotan un nivel alto de conducta desadaptada.

A continuación se puede observar el cuadro con las puntuaciones y la clasificación en función a éstas

CUADRO 1. Clasificación y rango de puntuación escalas adaptativas y clínicas

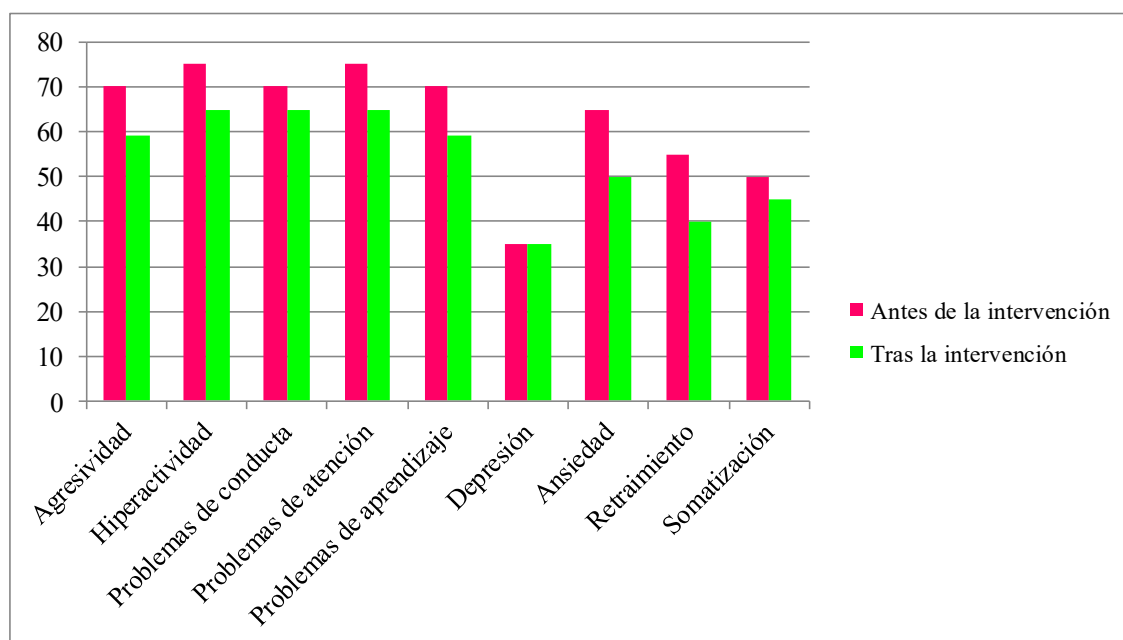
Clasificación		Rango de puntuación T
Escalas adaptativas	Escalas clínicas	
Muy alto	Clinicamente significativo	70 o más
Alto	En riesgo	60 - 69
Medio	Medio	41 - 59
En riesgo	Bajo	31 - 40
Clinicamente significativo	Muy bajo	30 o menos

Fuente: Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (2004)

De acuerdo con los resultados, obtenidos se observa una mejora y una disminución de la agresividad y de la ansiedad, reduciéndose al mismo tiempo los problemas de conducta que presentaba Aroa de manera significativa. Igualmente, se observa que la niña ha mejorado su relación con los compañeros y con la docente, permitiendo que la ayuden y mostrando interés y ganas de ayudar a los demás, así como una mejor adaptación a los cambios de rutinas o de actividades y tareas, evidenciando una mayor flexibilidad y mejorando, paralelamente, sus habilidades para el estudio, lo

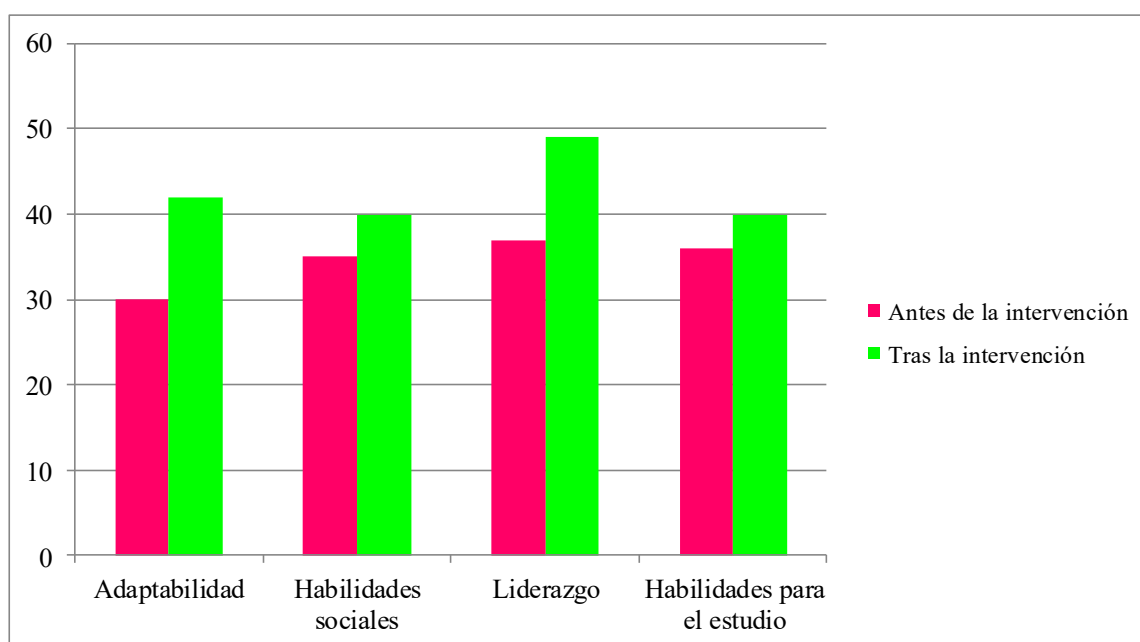
cual se ve reflejado en sus notas. Asimismo, los resultados revelan una disminución de los síntomas propios del TDAH, pues se reduce la hiperactividad y los problemas de atención, aunque sigue teniendo problemas para concentrarse en aquellas tareas que no son de su agrado (FIGURAS 1 y 2).

FIGURA 1. Resultados obtenidos en la Escala clínica



Fuente: elaboración propia

FIGURA 2. Resultados obtenidos en la Escala adaptativa



Fuente: elaboración propia

Si se examinan los datos de las escalas antes y después de la intervención, se observa la evidente mejoría general en Aroa, pues antes de la intervención los datos indican, tanto en la escala clínica como en la adaptativa, que la mayoría de las categorías se encuentran “en riesgo” o “clínicamente significativas” lo que implica una intervención sobre las mismas. Sin embargo, tras la intervención, se observa una disminución significativa en todas las categorías, mostrando que las categorías de “hiperactividad”, “problemas de conducta”, “problemas de atención”, “adaptabilidad” y “habilidades sociales” se encuentran “en riesgo” y no en “clínicamente significativas”. Esto se debe a que la intervención se ha realizado exclusivamente en el entorno escolar, pues es probable que si la intervención se hubiese realizado tanto en el entorno escolar como en el familiar, se hubiesen obtenido mejores puntuaciones, lo cual representaría un mayor cambio en Aroa.

Por último, destacar que tras el análisis de los resultados obtenidos, se ha conseguido disminuir la frecuencia de las conductas disruptivas que Aroa presentaba, así como establecer y potenciar la realización de conductas adecuadas, cumpliendo así la hipótesis planteada al diseñar la intervención (demostrar que a través de una correcta intervención cognitivo-conductual exclusivamente centrada en el entorno escolar, se pueden reducir las conductas disruptivas que presenta Aroa). Igualmente, se destaca que el logro de unos resultados adecuados se debe a la consecución de los diferentes objetivos específicos expuestos en la introducción de este trabajo.

Los objetivos establecidos con el docente acerca de adquirir información sobre el TDAH y el TEA, junto con el establecimiento de normas en el aula y el aprendizaje de pautas y estrategias educativas para reducir o eliminar las conductas disruptivas, han ayudado a disminuir las conductas problemáticas que se daban en el aula. Asimismo, esta disminución también se debe a los objetivos planteados con Aroa y el grupo clase relacionados con aprender estrategias de autorregulación. Respecto al buen clima obtenido en el aula, éste se ha conseguido tras la consecución de los objetivos establecidos con el grupo de clase, referentes a adquirir información sobre el TDAH y al establecimiento de normas de conducta concretas en el aula, por ejemplo andar por clase sin correr, respetar a los compañeros que quieren trabajar o no pagar con ellos los enfados ni el mal humor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se había comentado en el apartado de método, antes de la intervención se observaba un aumento de las conductas disruptivas durante las dos primeras horas de la mañana (lengua y matemáticas) descendiendo el nivel de éstas durante la tercera hora (naturales) y volviendo a aumentar durante el patio, la siguiente hora y la hora del comedor.

Por la tarde, había periodos de calma alternados con periodos de conductas agresivas y movimiento en exceso. Las conductas que predominaban generalmente eran los gritos, agresiones físicas, desobediencia y amenazas. En base a esto, se diseñó un programa de intervención, cuya finalidad es dotar al docente de las estrategias, recursos e información necesaria que le permita reducir estas conductas en el centro escolar.

Una vez realizada la intervención, y con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la terapia cognitivo-conductual es eficaz a partir del entrenamiento del docente y el trabajo con Aroa y el grupo clase. La intervención ha sido satisfactoria, pues se han cumplido los objetivos planteados, facilitando al docente la adquisición de información sobre el TDAH y el TEA, así como del origen, tratamiento y disminución de las conductas disruptivas. Al grupo también se le facilitó información sobre estos trastornos, lo que provocó un nivel general de comprensión, favoreciendo la empatía con Aroa.

Se ha podido comprobar la capacidad de respuesta del docente durante la intervención, siendo ésta satisfactoria. El docente ha aprendido a establecer normas de conducta concretas y de manera eficaz, mejorando así el clima del aula. Igualmente, y como consecuencia del trabajo del docente y del aprendizaje de estrategias de autorregulación por parte de Aroa y del grupo clase, se logra otro de los objetivos que se plantearon, eliminar o reducir las conductas disruptivas en clase.

Por lo que respecta al cumplimiento de normas por parte del grupo-clase mediante el juego del buen comportamiento, se puede afirmar que es una estrategia realmente efectiva para lograr que se produzca un cambio de conducta en los niños, cuyo objetivo principal es la reducción de conductas disruptivas incompatibles en contextos educativos, siendo coherentes estos resultados con los obtenidos en un estudio realizado por Herruzo, Pino y Ruíz (2006). En este sentido, al principio del trabajo se planteó el hecho de que el grupo-clase no estuviera dispuesto a participar en la intervención o que viesen que Aroa lograba con su mal comportamiento la atención de la maestra. Para ello, se decidió que la mejor forma de actuar con Aroa, era que todos los compañeros participasen activamente en el proceso.

En cuanto al uso de sistemas de organización de contingencias como la economía de fichas o el semáforo, han permitido que se adquieran conductas adecuadas, así como que se eliminen o reduzcan las conductas inadecuadas, siendo coherente estos resultados con los obtenidos en un estudio de caso de conductas disruptivas en la infancia (Calero, Frojan & Montaña, 2011).

A pesar de obtener resultados significativos en este estudio, el trabajo presenta algunas limitaciones. Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra el hecho de que la intervención se haya llevado a cabo exclusivamente en el ámbito escolar, dejando al margen el familiar, pues como se ha demostrado en diversos estudios, el tratamiento que muestra una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela (Del Corral, 2003; Fabiano & Pelham, 2008). Este aspecto dificulta el trabajo con Aroa, puesto que no se refuerza en casa lo que se va aprendiendo en la escuela, pudiendo derivar en recaídas o abandono.

Diversos estudios señalan que el entrenamiento a padres junto con el entrenamiento a docentes es mucho más efectivo, permitiendo establecer metas comunes, y logrando así reforzar las conductas adecuadas en los niños y reducir o eliminar las no deseadas (Martin y Pear, 1999).

Para finalizar, y haciendo referencia a futuras intervenciones, debemos remarcar que se debe realizar la intervención durante más tiempo, no sólo durante tres meses, y se debe llevar a cabo en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve la niña, es decir en casa y en la escuela, pues como se ha podido observar, a pesar de las limitaciones de aplicación y tiempo, los resultados han sido positivos. Esto hace pensar que con un trabajo conjunto y durante más tiempo, el progreso sería mucho más efectivo. Queda pendiente evaluar el seguimiento del proceso de intervención, con el fin de observar si los cambios producidos se mantienen en el tiempo.

ANEXOS

ANEXO 1. Preguntas realizadas a la tutora

¿Qué clase de conductas se producen por parte de Aroa? Enumerar.
¿En qué momentos de la mañana se incrementan dichas conductas? ¿Siempre se dan en las mismas actividades (matemáticas, educación física, plástica, lengua...)?
¿Estas conductas interfieren en el adecuado desarrollo de la tarea? ¿Cómo?
¿Cuál es la reacción de los demás alumnos ante estos comportamientos?
¿Cuál es la actitud del docente ante la conducta disruptiva? ¿Hace algo para que termine la conducta?
¿Cómo reacciona Aroa ante la actuación del docente frente a su conducta? Y el resto de alumnos ¿Cómo reacciona ante la situación que se vive en el aula cuando Aroa presenta una actitud disruptiva y el docente actúa para terminar con ella?

Fuente: elaboración propia

ANEXO 2. Checklist para el TDAH basada en el DSM-IV

Tabla I. Checklist para TDAH basada en el DSM-IV.

	Frecuencia			
Inatención				
1. No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas	N	AV	F	S
2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos	N	AV	F	S
3. No parece escuchar lo que se le dice	N	AV	F	S
4. No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o en la casa, a pesar de comprender las órdenes	N	AV	F	S
5. Tiene dificultades para organizar sus actividades	N	AV	F	S
6. Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzo	N	AV	F	S
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades	N	AV	F	S
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes	N	AV	F	S
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria	N	AV	F	S
Hiperactividad-impulsividad				
10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado	N	AV	F	S
11. Se levanta del sitio en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado	N	AV	F	S
12. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas	N	AV	F	S
13. Tiene dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto	N	AV	F	S
14. Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro	N	AV	F	S
15. Habla demasiado	N	AV	F	S
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas	N	AV	F	S
17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos	N	AV	F	S
18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás	N	AV	F	S
Puntuación total				
N: nunca; AV: algunas veces; F: frecuentemente; S: siempre.				

Fuente: DSM-IV (1995)

ANEXO 3. Conductas que se producen y cuándo

Amenazas								
Agresiones físicas								
Desobediencia								
No sentarse								
Destrucción de material								
Vocabulario obsceno y/o palabrotas								
	1ª hora	2ª hora	3ª hora	Patio	4ª hora	comedor	5ª hora	6ª hora

Fuente: elaboración propia

1ª hora- Lengua castellana

2ª hora- Matemáticas

3ª hora- Valenciano/Catalán

Patio

4ª hora- Naturales (L y X), Sociales (M y J)

Comedor

5ª hora- Educación física (L y X), Plástica (M y J)

6ª hora- Inglés (L, M, J y V), Ética (X)

ANEXO 4. Calendario de sesiones.



- Día de sesión con la maestra.
- Día de sesión con Aroa.
- Día de sesión con el grupo-clase.
- Periodo de vacaciones de Navidad.

ANEXO 5. Estrategia metodológica: Anticipación de tareas

Mediante esta herramienta que pretende eliminar las estrategias de escape de la tarea para aumentar la motivación por el trabajo autónomo. Consiste en secuenciar en pequeños pasos las tareas que se deben realizar, teniendo en cuenta que las actividades deben ser cortas y multisensoriales, para que la alumna/o no se canse. Debemos emplear actividades sencillas, que garanticen el éxito, por ejemplo comenzando por habilidades ya adquiridas y aplicando en todo momento refuerzo positivo que lleve a la contribución interna de su logro.

ANEXO 6. Estrategia metodológica: Economía de fichas para que los alumnos aprendan las normas de conducta.

La aplicación de este programa ha de tener un carácter de sistematicidad y se podría decir que a mayor tratamiento normalizador, mayor es el rendimiento obtenido en el programa. Las normas deben estar colocadas en un lugar visible para que se puedan observar desde cualquier lugar y se deben de tener en cuenta las siguientes características:

- Normas cortas y concretas.
- Presentar entre 5 y 6 reglas, estas se irán revisando y presentando nuevas conforme los niños vayan consiguiéndolas.
- Construir normas en positivo.
- Leer colectivamente las normas varias veces al día.

Las normas que se pretenden reforzar, de acuerdo con las conductas que presenta Aroa, pero que las realizarán todos los alumnos de clase, son:

- Permanecer en silencio mientras el docente explica.
- Trabajar en silencio y permanecer sentada.
- Dejar a los compañeros que realicen sus tareas sin molestarlos.
- Andar por el aula sin prisas ni carreras.
- Si estoy enfadada no lo pago con mis compañeros.
- Utilizo un lenguaje apropiado, sin insultos ni amenazas.

Técnicas para hacer cumplir las normas del aula.

- LA EXTINCIÓN= ignorar el comportamiento inadecuado.

No se puede prestar atención a una conducta que interfiera al aprendizaje, a excepción de que un niño haga daño a otro. En este caso, aplicaríamos un refuerzo negativo como la silla de pensar o el tiempo fuera.

Aprender a ignorar la conducta disruptiva es difícil, por lo que debemos de aprender a buscar conductas incompatibles, por ejemplo, "Que bien trabajas sentada, Aroa"

- EL REFUERZO= alabar la conducta adecuada.

Se suele tener tendencia a dar por supuesta la conducta adecuada y a prestar atención solamente a la conducta inadecuada o disruptiva. La aplicación de esta técnica supone lo contrario, sorprender la niña cuando se porta bien y hacer un comentario adecuado recompensándola por su buena conducta, aunque solo sea un ligero inicio de esa conducta adecuada.

Como regla general podemos decir que alabar y prestar atención a las conductas que facilite los aprendizajes consiste en reforzar las conductas incompatibles a las que intentas extinguir.

Clasificación de conductas que podemos encontrar en el aula






















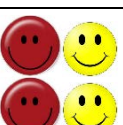
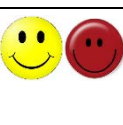
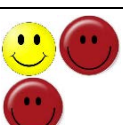

CONDUCTAS INADECUADAS (Ignorar)	CONDUCTAS INCOMPATIBLES (reforzar)
Correr	Estar sentado
Hablar	Estar callado
Agresividad	Conductas colaboracionistas
Hiperactividad	Permanecer tranquilo realizando la tarea
Inatención	Trabajos minuciosos, detallistas, etc.

Ejemplos de comentarios de refuerzo

- ¡Qué bien trabajas cuando estas sentada!
- ¡Te has esforzado mucho!
- Me gusta como lo has hecho.
- ¡Buen trabajo!
- ¡Bravo, así se hace!
- Sé que puedes seguir haciéndolo, habla así de bajito

Para llevar a cabo la economía de fichas, y así conseguir extinguir las conductas disruptivas reforzando las adecuadas se decide agrupar a los niños por los equipos de trabajo (5, 6 niños por equipo) colocando a Aroa con el compañero que mejor se lleva con ella.

Colocaremos en un lugar visible y accesible por el docente el panel de las normas y colocaremos la ficha o fichas que los alumnos han elegido por mayoría, una cara sonriente con el color de cada uno de los equipos. Se ha acordado que se revisará el panel al final del día proporcionando los refuerzos positivos inmediatamente. Como refuerzo positivo diario se hará entrega de una pegatina, a elegir de entre una serie de ellas, y que están de moda en este tramo de edad.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Permanecer en silencio mientras el docente explica.					
Trabajar en silencio y permanecer sentados.					
Utilizar un lenguaje apropiado, sin insultos ni amenazas.					
Dejar a los compañeros que realicen sus tareas tranquilos.					
Andar por el aula sin prisas ni carreras.					

Fuente: elaboración propia

ANEXO 7. Estrategia metodológica: El semáforo

El principal objetivo de esta estrategia es que el alumnado conozca las normas básicas de conducta y comportamiento que deben tener dentro de la propia aula, y al mismo tiempo obtener un buen comportamiento con el establecimiento claro de los tiempos y momentos en los que puede realizarse alguna conducta.

La estrategia va dirigida específicamente a Aroa, pero es aplicable a todo el alumnado, modificando las normas y estableciendo tiempo reales de trabajo de acuerdo a su edad.

Para llevar a cabo el semáforo, hemos de partir de la base de tener tres tarjetas de colores, una roja, una amarilla y otra verde, las cuales forman un semáforo en línea. La idea principal es que cada color del semáforo indique las conductas que deben realizar los niños en determinados momentos y tiempos, asemejándolo a los colores reales del semáforo. Antes de comenzar la estrategia, se les explica, al grupo clase, las conductas esperadas de manera concreta y delimitando las mismas, según los colores. A continuación se establecen los colores con cada una de las conductas.

El color rojo significa que el aula debe permanecer en silencio, trabajando de forma individual, respetando el trabajo propio y el de los compañeros.

El color amarillo representa un cambio. El alumnado debe tener una actitud de escucha y respeto hacia la maestra, o hacia el compañero que está hablando en clase. Este color permite interactuar a todos los compañeros en un trabajo común en el aula, pero siguiendo un orden y levantando la mano para poder hablar o preguntar.

El color verde implica trabajo cooperativo. Este color permitirá que los alumnos trabajen en grupo, dialoguen entre ellos o se pregunten. Al mismo tiempo permitirá que el trabajo dentro del aula sea más dinámico.

Si el grupo clase responde de forma positiva, cumpliendo las normas o reglas, que aunque establecidas por el centro, son normas propias y destinadas a cumplir en el aula, se recompensará al alumnado con una mayor frecuencia en el uso del semáforo verde. Este color implica un trabajo cooperativo, donde todo el alumnado forma parte del mismo y colabora en él, siendo además constructivo.

Para la correcta aplicación de esta técnica, es muy importante que la docente explique minuciosamente cuáles son las pautas y los objetivos que se pretende lograr.

Es muy importante tener en cuenta que a través de esta estrategia el alumnado trabaja y crea un clima de trabajo adecuado dentro del aula, pero sobre esto, aprende a crear un clima de trabajo adecuado, a respetar las normas del centro cuya aplicación es observada dentro de la propia aula.

ANEXO 8. Estrategia metodológica: Autoinstrucciones para trabajar la atención.

El objetivo principal de esta estrategia es enseñar a Aroa, y al resto de compañeros, una rápida y eficaz forma de actuar para lograr el éxito en una determinada conducta, ante la que está teniendo problemas o le resulta muy difícil o incluso imposible realizarla. Por lo tanto, va dirigida específicamente a Aroa pero también es aplicable al resto de compañeros.

El trabajo por autoinstrucciones es especialmente beneficioso para alumnos con TDAH y, en cualquier caso, para alumnos con dificultades para organizar y planificar la tarea. Se debe sistematizar este proceso en los contenidos curriculares. De esta forma, deberá seguir los siguientes pasos:

- Antes de hacer nada digo/pienso todo lo que veo:
- ¿Qué es lo que tengo que hacer?
- ¿Cómo lo voy a hacer?
- Recordaré: “tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta”
- Evaluaré el resultado.

El programa se desarrolla siendo en un primer momento el adulto el que realiza las verbalizaciones y la ejecución de la tarea. Posteriormente, el adulto verbaliza y es la niña la que sigue las instrucciones y ejecuta la tarea, para más tarde decir en voz alta lo que tiene que hacer mientras la realiza. La tarea la lleva a cabo mientras se susurra a sí mismo las instrucciones y finalmente, la lleva a cabo siguiendo las instrucciones con un lenguaje interior, en silencio.

ANEXO 9. Estrategia metodológica: Juego del buen comportamiento en equipo.

El juego del buen comportamiento pretende ser una herramienta para prevenir conductas de riesgo en la pubertad y adolescencia. Además de reducir conductas disruptivas, la agresividad y timidez en los niños, pretende promover una convivencia basada en el respeto y adecuada expresión de sentimientos y emociones.

Pasos a seguir:

La forma que se sugiere para implementar la estrategia es la siguiente:

- Se divide la clase en 3 grupos heterogéneos, a los cuales se les asigna un color.
- Se organiza el mobiliario de forma que cada grupo tenga la misma ubicación.
- El docente debe asignar un líder por equipo, que deberá guiar al grupo. Dicho líder es registrado en una tabla, para que en futuras sesiones de estrategia el líder cambie, estableciéndose como un refuerzo para los estudiantes. Cada grupo tiene una ficha donde el docente debe marcar las conductas del grupo.
- Se establecen dos mecanismos de marcas: caritas tristes y caritas felices. Las primeras se utilizan para enfatizar las conductas negativas, mientras que las segundas se usan para reforzar comportamientos positivos en base a las expectativas de conducta para el aula.
- Se entrega el premio (refuerzo) al equipo ganador.

Es necesario registrar el funcionamiento de cada equipo, observando logros y dificultades.

Para próximas sesiones, sería conveniente cambiar alumnos/as de un grupo a otro, buscando la forma más adecuada de trabajo y que todos los equipos sean ganadores y no que sólo uno se lleve todos los premios.

ANEXO 10. Checklist para el TDAH basada en los criterios del DSM-IV

A. CRITERIOS de INATENCIÓN	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
Puntuación asignada	0	1	2	3
1. No presta atención suficiente a los detalles, o tiene errores por descuido en tareas escolares u otras actividades			x	
2. Tiene dificultad para mantener atención en tareas o juegos				x
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente			x	
4. No sigue instrucciones, no finaliza tareas escolares, encargos, obligaciones.				x
5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades		x		
6. Evita o es reticente a tareas que exigen esfuerzo mental sostenido			x	
7. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades	x			
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes				x
9. Es descuidado en las actividades diarias		x		
Puntuación	0	2	6	9

Fuente: DSM-IV (1995)

Frecuencia de los síntomas: 6/9

Puntuación de Inatención: 17/27

B1. CRITERIOS de HIPERACTIVIDAD	No	A veces	Frecuentemente	Siempre
Puntuación asignada	0	1	2	3
1. Mueve excesivamente manos o pies o se remueve en el asiento			x	
2. Abandona su asiento en clase o cuando debe estar sentado			x	
3. Corre o salta excesivamente cuando es inapropiado hacerlo			x	
4. Dificultad para jugar o dedicarse a actividades de ocio tranquilamente		x		
5. Está siempre "en marcha" como si		x		

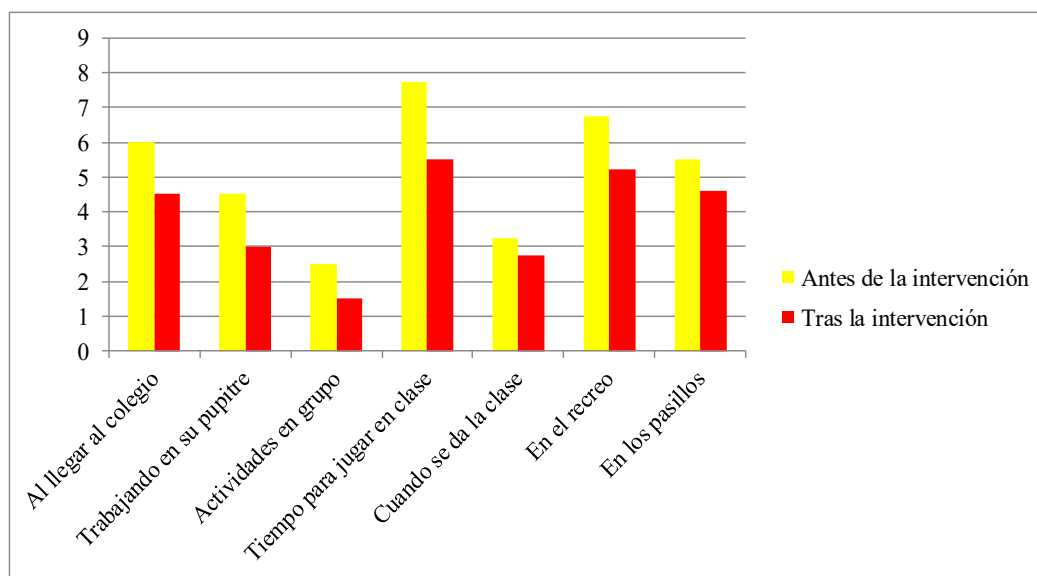
tuviera un motor				
6. Habla en exceso			x	
Puntuación	0	2	8	0

Fuente: DSM-IV (1995)

Frecuencia de los síntomas: 6/9

Puntuación de Hiperactividad + Impulsividad: 15/27

ANEXO 11. Cuestionario de Situaciones Escolares



Fuente: Barkley (1998)

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arco, J. L., Fernández, F. D., e Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16, 408-414.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Bauermeister y J. J. Murphy, K. R. (1998). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.
- Cardo, E. y Severa-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40 (1), 11-15.
- Carlson, C. L., Pliszka, S. R. y Swanson, J. M. (1999). *ADHD with comorbid disorders. Clinical assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Cornell-Swanson, L. V., Frankerberger, W., Pahl, S. Stroh, J. y Wood, C. (2008). The use of simulant medication and behavioural interventions for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder: a survey of parent's knowledge, attitudes and experiences. *J Child Fam Stud*, 17, 385-401.
- De la Barra, F., Fernández, A. M., Pérez, V. y Rodríguez, J. (2005). Efectividad de una estrategia conductual para el manejo de la agresividad en escolares de enseñanza básica. *Psyche*, 14 (2), 52-62.
- Decreto 108/2014, de 4 de julio, del Consell, por el que establece el currículo y desarrolla la ordenación general de la educación primaria en la Comunitat Valenciana. DOCV nº 7311.
- Del Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (comp.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (137-149). Madrid: Pirámide.
- Elías, Y. y Estaño, B. (2006). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurobiológicos, evaluación y tratamiento*. Alcalá de Guadaira, Sevilla: MAD.
- Fabiano, G. A. y Pelham Jr., W. E. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
- Froján, M. X. et al. (2011). Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (eds.). *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*, 343-363. Madrid: Ediciones Pirámide.
- García-Maldonado G. (2004). Trastorno autista: Una revisión. *Revista Mexicana de Pediatría*, 71, 33-7.
- Gargallo, B., Miranda, A., Presentación, M. J. y Soriano, M. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203-216.
- Goodman, J. y Mieschenbaum, D. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a mean of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Herruzo, J., Pino, M. J. y Ruíz, M. R., (2006). Revisión de la técnica "El juego del buen comportamiento". *Análisis y modificación de conducta*, 32, 553-574.
- Hidalgo, M^a. I. (2007). Evaluación diagnóstica del Trastorno por Déficit e Hiperactividad. *BSCP Can Ped*, 31 (2), 79-85.
- Hinshaw, S. P. (1992). Academic underachievement, attention deficits and aggression comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 60, 893-903.
- Jarque, S. Mulas, F. y Roselló, B. (2001). Efectividad del metilfenidato sobre las variables cognitivas en los subtipos de TDAH. *Revista de Neurología*, 2, 139-155.
- Jiménez, I., Kamphaus, R. W., Mora, O., Palacio, L. G., Pineda, D. A., Puerta, I. C., et al. (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad.

Revista de Neurología; 28, 952-959.

- Kamphaus, R. W. y Reynolds C (2004). *Behaviour assessment system for children-BASC*. (2nd edition). Circle Pines: American Guidance Service.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). BOE nº 106.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). BOE nº 295, 97858-97921.
- Macià, D. (2012). *TDHA en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice-Hall.
- Miranda, A, Jarque, S. y Tárraga, R. (2007) Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19 (4), 585-590
- Miranda, A., Mulas, F., Pastor, J. C. y Roselló, B. (1996). Eficacia de las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de la hiperactividad. *Psicothema*, 8 (1), 89-105.
- Moreno, I. (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. *Revista General y Aplicada*, 54 (1), 81-93.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Romero-Ramírez, D. S. (2007). Etiopatogenia del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. *BSCP Can Ped*, 31 (2), 71-77.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40 (6), 358-368.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: The Free Press.
- Weiss, G. y Hechtman, L. (1992). *Hyperactive Children Grow Up*. New York: Guilford Press.